



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DIRETORIA
NACIONAL
DE TRÂNSITO

DETAN - PB

Nº 013813652784

76744520413

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20170800012997-8

VIA

COLETA TÁVIA

1

0025473829-4

00/00000000

1. NOME/ENDERECO:
DAMIANA MARIA DA CONCEIÇÃO
R JOSEFA A COSTA 117 CASA
N BRASILIA
56340000 SAPE - PB

2. CNH/CHP
09572647474

3. PLACA
NOGS 629 / PB

4. TITULAR/GERALINA/INHABOS

5. PLACA ANTOF CHASSI
NOVO PB 9C2JC4110AR712394

6. ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

7. COMBUSTIVEL
GASOLINA

8. MARCA/MODELO
HONDA/CG 125 FAN KS

9. ANO FAB. ANO MOD.
2010 2010

10. CATEGORIA
2 P/124 /CI

11. COR PREDOMINANTE
VERMELHA

12. OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

13. N. Motor : JC41E1A712394

14. LOCAL

15. DATA

41521

21/12/2010



31054

1. COMPREFV
2. COMPREV PREVIDÊNCIAS
3. 30 MAIO 2019
4. PROTOCOLO
5. AG. JOÃO FERREIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190355570 Cidade: Sapé Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS Data do acidente: 05/01/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190355570 Cidade: Sapé Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS Data do acidente: 05/01/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Sergio Soares dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Advogado
Identidade: 12000000000 CPF: 783.412.264-00
Endereço: Rua Presidente Vargas, 30 - Centro Condomínio. São João

OUTORGADO:

Nome: Fábio Ellen de Melo Feliciano
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Advogado
Identidade: 2.569.321 SSP/PB CPF: 036.219.034-88
Endereço: Rua Doutor Antônio Pachot, 175, Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito pertinentes para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Sergio Soares dos Santos.

CARTÓRIO ÚNICO
Sérgio Luciano Feliciano So
Tabelião Substituto
Av. Getúlio Vargas, 1740
fone: (83) 3200-0341
CEP 58318-000

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e data



Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

Sérgio Soares dos Santos



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Suzanna Gomes dos Santos
Nacionalidade: Brahiliana Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: ADMIRALITE
Identidade: 10006663 CPF: 283.44.924-00
Endereço: Rua Presidente, 50 - Local Condomínio, São João

OUTORGADO:

Nome: Fernando Celler da Mello Filho
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: MULHER
Profissão: Advogado
Identidade: 2.569.323 SSP/PA CPF: 036.919.034-88
Endereço: Rua Doutor Antônio Polistet, 175, Borráu, Rio de Janeiro, RJ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as

seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Suzanna Gomes dos Santos.



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2019
PROTUGOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e data

A Sérgio Gomes dos Santos
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184607/19

Número do Sinistro: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

CPF: 853.274.924-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/01/2019

Titular do CPF: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

Documentos de identificação

Procuração

SEVERINO GOMES DOS SANTOS : 853.274.924-00

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/06/2019
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184607/19

Número do Sinistro: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

CPF: 853.274.924-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/01/2019

Titular do CPF: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2019
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184607/19

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

CPF: 853.274.924-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/01/2019

Titular do CPF: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SEVERINO GOMES DOS SANTOS : 853.274.924-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/05/2019
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184607/19

Número do Sinistro: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

CPF: 853.274.924-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/01/2019

Titular do CPF: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO GOMES DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Documentação médica-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO GOMES DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190355570**

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000038779-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	853.273.924 - 00	Silvana Gomes dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão: ADALINTE		Endereço: Rua Paulista	Número:	Complemento:
Bairro: Jardim das Rosas		Cidade: São Paulo	Estado: SP	CEP: 01234-000
E-mail:		Tel.(DDD): (11) 5555-1234		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0922 CONTA: 32772 1 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CRM) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Paulo, 23 de maio de 2019 Nome: Silvana Gomes dos Santos CPF: 853.273.924 - 00	TESTEMUNHAS 1º Nome: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A CPF: 311.111.111-11 2º Nome: AG. JOÃO PESSOA CPF: 311.111.111-11
--	---

[*] Assinatura de quem assina A RODO
Silvana Gomes dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	853.274.924-00	Silvana Gomes dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		CPF:	853.274.924-00
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
ADOLESCENTE	QDA Pacotaria	SN	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
ABOL CHACANTO	SP	SP	92340000
E-mail:	Tel.(DDD): (23) 26667-4550		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0922

CONTA: 32772

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: São/PA, 28 de maio de 2019

Nome: Silvana Gomes dos Santos

CPF: 853.274.924-00

[*] Assinatura de quem assina a ROGO

Silvana Gomes da Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2019

2º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura:

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
5^ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



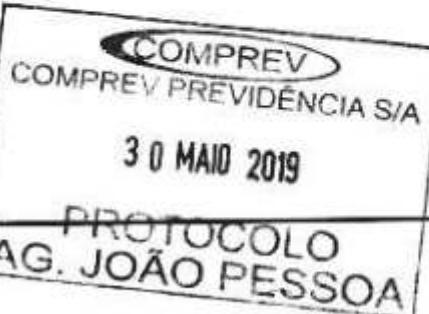
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRÂNSITO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 773/2019

Aos SEIS dias do mês de MAIO do ano de dois mil e DEZENOVE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Policia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, ai por volta das 08h40min; compareceu **SEVERINO GOMES DOS SANTOS**, RG: 1609663-SSP/PB, brasileiro, solteiro, natural de Pilar/PB, nascido aos 29/11/69, agricultor, alfabetizado, filho de Pai não declarado e de Josefa Maria dos Santos, residente na rua Projetada-111-Bairro Abel Cavalcante- Sapé-/PB. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 05/01/2019, por volta das 18:00h, na PB 073, o declarante ia no bagageiro de uma MOTO DE MARCA HONDA CG/125 FAN KS, DE PLACA NQG5629, ANO 2010, DE COR VERMELHA CHASSI 9C2 JC4110AR712394, EM NOME DE DAMIANA MARIA DA CONCEIÇÃO, CONDUZIDA PELO SENHOR VINICIUS SOUZA ALVES; QUE no giradouro no centro desta Cidade vinha um veiculo não identificado bateu de lado na Moto do declarante; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Sá Andrade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma na Capital; Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE: Severino Gomes dos Santos

ESCRIVÃO: José



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRÂNSITO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 773/2019

Aos SEIS dias do mês de MAIO do ano de dois mil e DEZENOVE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Policia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 08h40min; compareceu **SEVERINO GOMES DOS SANTOS**, RG: 1609663-SSP/PB, brasileiro, solteiro, natural de Pilar/PB, nascido aos 29/11/69, agricultor, alfabetizado, filho de Pai não declarado e de Josefa Maria dos Santos, residente na rua Projetada-111-Bairro Abel Cavalcante- Sapé-/PB. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 05/01/2019, por volta das 18:00h, na PB 073, o declarante ia no bagageiro de uma MOTO DE MARCA HONDA CG/125 FAN KS, DE PLACA NQG5629, ANO 2010, DE COR VERMELHA CHASSI 9C2 JC4110AR712394, EM NOME DE DAMIANA MARIA DA CONCEIÇÃO, CONDUZIDA PELO SENHOR VINICIUS SOUZA ALVES; QUE no giradouro no centro desta Cidade vinha um veiculo não identificado bateu de lado na Moto do declarante; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Sá Andrade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma na Capital; Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE: Severino Gomes dos Santos
ESCRIVÃO: Cezarina Maria Araújo de Medeiros

Cezarina Maria Araújo de Medeiros
Escrivã de Policia Mat:135.635-6

COMPREV
COMPREV SECURPOSE PREVIDÊNCIAS/A
17 SET. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	853.273.924 - 00	Silvana Gomes dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão: ADALINTE		Endereço: Rua Paulista	Número:	Complemento:
Bairro: Jardim das Flores		Cidade: SP	Estado: SP	CEP: 01234-000
E-mail:		Tel.(DDD): (11) 5555-1234		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0922 CONTA: 32772 1 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CRM) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Paulo, 23 de maio de 2019 Nome: Silvana Gomes dos Santos CPF: 853.273.924 - 00	TESTEMUNHAS 1º Nome: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A CPF: 311.111.111-11 2º Nome: AG. JOÃO PESSOA CPF: 311.111.111-11
--	---

[*] Assinatura de quem assina A RODO
Silvana Gomes dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	853.274.924-00	Silvana Gomes dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		CPF:	853.274.924-00
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
ADOLESCENTE	QDA Pacotaria	SN	
Bairro:	Cidade:	CEP:	52340000
ABOL CHACANTO	SP	Tel.(DDD):	(23) 26667-4550
E-mail:			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0922

CONTA: 32772

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: São/pa, 28 de maio de 2019

Nome: Silvana Gomes dos Santos

CPF: 853.274.924-00

[*] Assinatura de quem assina a ROGO

Silvana Gomes da Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2019

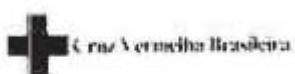
2º | Nome: _____

CPF: _____

PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Identificação do paciente

ID 1363168	Nome SEVERINO GOMES DOS SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 29/11/1969	Idade 49 anos 1 mes 7 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe JOSEFA MARIA DOS SANTOS		Pai NAO DECLARDO
Escolaridade		Responsável (Parentesco) GISELE GERONIMO - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991150045	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1609663	Nº Crs
Local de procedência HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPE)		Tipo UNIDADESAUDE
Email	Naturalidade PILAR	UF PB

Endereço

CEP 58140000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro PROJETA
Número 111	Complemento		Barro ABEL CAVALCANTE

Admissão

Data e Hora 05/01/2019 20:46:59	Número da pulseira 100007160508	Convênio SUS
------------------------------------	---	-----------------

Especialidade
CIRURGIA GERAL

Clinica

Classificação de risco

Origem do paciente
OUTRA UNIDADE DE SAUDE

Caráter de atendimento

Detalhe do acidente
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	CID
Dados básicos							

*Estava com dor de barriga de 24 h.
muito forte, constante, com frotura
em AIT Er Koma.*

Diagnóstico

Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	Tempo 48seg
---	----------------



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

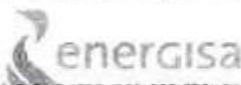
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000038779-1

Nr. da Autenticação 1810B56DCE4CA133

GISELE JERONIMO DA SILVA
RUA PROJETADA, 5 - ABEL CAVALCANTE
SAPE / PB CEP 59300-000 (49 31)



Ligeiro MONOFAMILIAR
Civ/Sec RESIDENCIAL - BABA RENDA
Peters IT-51-170-3395 Referencia: Mar/2019
Nedcor 20000072411 Entrada: 27/03/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br100 Km25 - Crotamirim - João Pessoa/PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.096.383/0001-42 - CNPJ 16.015.822-0

Foto: Fetal / Gaita d' Emporda Estiuva NPYSC 500 441

Digitized by srujanika@gmail.com

Alquiler de Coches BARCELONA 0800 083 0195 www.alquilerdecoches.com

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPV - CPV/EASB
Mar / 2019	27/03/2019	26/04/2019	083.070.464-21

—
—

55205497-8

Count the production

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criado para Lhe
- R\$ 10.438, de 26 de abril de 2002.
Com a leitura por e-mail, você ajuda a preservar o meio
ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer
momento e sempre um comparativo de residência na sua
Páginas Início, que mostra os detalhes da sua fatura.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Lefuras	Data	Lefuras					
28/03/18	9801	27/03/18	8756			145		29
Despesas								
		Quantidade	Tarifa	Valor Base/Day	Alt. /des/RS	Base/Day	Preço/RS	Custo/RS
				PrimesTotal(R\$)	(M2928)	(M10)	Preço/RS	(M7070)(M102928)
0001	Consumo- 300W/100-BR	20.000	0,037540	75,82	77	77	0,82	1,00
0001	Consumo- 810.120W/100-BR	70.000	0,042860	34,60	34,60	27	34,60	3,87
0001	Consumo- 101.120W/100-BR	95.000	0,038420	35,25	35,25	27	35,25	3,12
0010	Substato			48,02	#E03	27	12,42	48,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007	CONTRIBUICAO LUM PÚBLICA			11,01	0,00	0	0,00	0,00
0024	JURÉ DE MORA 02/2018			0,02	0,00	0	0,00	0,00
0005	MULTA 02/2018			1,37	0,00	0	0,00	0,00
0026	Devolução Substato			20,00	0,00	0	0,00	0,00

CCJ Código de Classificação do Cem - TOTAL 132.55 151.29 31.63 151.90 152 7.49
 Tarifa de Tributos A14300WHS 9.193000 A14300WHS 0.720000 A14300WHS 2.465000

11/04/2019

RS 133.55

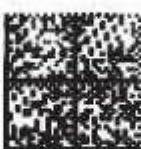
124 | 126 | 120 | 122 | 127 | 116 | 89 | 124 | 149 | 129 | 179 | 128 | 127
 Month: 124, Min: 12, Max: 129, StdDev: 12.5, Avg: 125, Sum: 1500, Count: 12, Range: 67

f606.cfe7.dcf2.91fc f607.1bb7.d9e5.0c82

Indicadores de Qualidade			Sistemas de ensino e suas qualidades		
	Límites do ANOOL	Aprendiz	Límites de Resultado (V)		
ED. PÚBLICA	8,47	2,90	MONTEIRO	223	
ED. TERRITORIAL	12,55				
ED. CAZAL	25,95				
ED. ESPECIAL	2,95	0,50	CONTRATADA	203	
ED. PRINCIPAL	12,55		LINTERFERIR	203	
ED. CAZAL	12,55		UNTESUPERDE	231	
PO	2,95	0,50			
Total				123,86	100,00

- Sua unidade foi Titularesa como Bacia Parnaíba, tendo um desconto de R\$ 90,34.
- Lutura confirmada.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CTC RECIFE PE PL7
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175
BANCARIOS
58051-780 JOAO PESSOA PB

01804067

DATA DE VENCIMENTO 10/04/19 DATA DE POSTAGEM 01/04/19



721821057300175000029067130010415

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

23 MAIO 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Atende a outras reclamações de outros serviços

No App Minha Claro

Na internet - minhaclaro.com.br

Pelo celular *1052#

No Atendimento Claro 1052

Para fatura em braille, ligue 1052

Número do seu Claro

83 99181 6739

Período de Uso

de 23/02/2019 a 22/03/2019

Vencimento

10/04/2019

Total a Pagar

R\$ 229,56

Valor pago na última conta: R\$ 188,29

Veja aqui o que está sendo cobrado

Permanência PF - Claro Pós 6GB (válida até 13/03/2019)

Contratado Utilizado Excedente

Plano Claro

Oferta Conjunta Claro MIX

Aplicativos Digitais:

Claro Pós 6GB (128)

Desconto Claro Pós 6GB (128)

Internet

6GB de internet

R\$ 109,99

R\$

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvíndia: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernando Celler de Souza Telâncio

inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.219.034 / 83, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Serviços Gerais dos Santos Inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.274.924 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura simultanea da Vítima Serviços Gerais dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.274.924 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: — x — Renda: — x — e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Santa Antônia Belot</u>	Número: <u>175</u>	Complemento:
Bairro: <u>Bonórios</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>fernando.celler@hotmail.com</u>	CEP: <u>58051-780</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 99181-6739</u>

Local e Data: Sapé / PB, 23 de maio de 2019

Fernando Celler de Souza Telâncio
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo.

Eu, Dominica Maria da Conceição,

RG nº 25/2311, data de expedição 03/01/2009,
Órgão _____, portador do CPF nº 095 216.449-4, com
domicílio na cidade de SAC, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Trajano de Souza 3021/3023, nº 117,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Souzinho Gomes dos Santos, cujo o condutor era
Souzinho Gomes dos Santos.

Veículo: Moto

Modelo: NODIA CG

Ano: 2010

Placa: NQG 5629

Chassi: 2C2WCG4100R412394

Data do Acidente: 03/01/2010

Local e Data: SAC - 22-01-2010

Dominica Maria da Conceição

Assinatura do Declarante

Souzinho Gomes dos Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



FELICIANO DA SILVA

Serviço Notarial e Registral

Rua Conde Renato Ribeiro Guimarães, 1746 - Centro
Portaria: DEP 05-3400-0001-0000-0000-0000

Serviços: Licenciamento, Títulos, etc.

ARTÔRIO ÚNICO

SOBRE: Licenciamento, etc.

O. Atto Substituto

MUNICÍPIO: João Pessoa/Bahia

Endereço: Rua Conde Renato Ribeiro Guimarães, 1746

Fone: (33) 3263-2341/9315-5165

CNPJ: 50.540.000-000-88

Confira a autenticidade em www.feliciando.silva.tch.br





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE SEVERINO GOMES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 29/11/69

NOME DA MÃE JOSEFA MARIA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1133820

DATA DO ATENDIMENTO 05/01/19

HORA DO ATENDIMENTO 20:46

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA DE TIBIA PROXIMAL

CID 10 S82.1 , SOO

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DA Perna ESQUERDA E FRATURA DE TIBIA PROXIMAL NA ALTURA DO FERIMENTO . AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA. DEVIDO A PACTUAÇÃO FOI TRANSFERIDO PARA HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

FAST

TC DE CRANIO,

RX PELVE, COXA ESQ. , Perna ESQ. JOELHO ESQ.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX Perna ESQ. - FRATURA EXPOSTA DE TIBIA PROXIMAL ESQ.



TRATAMENTO:

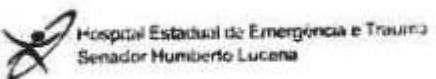
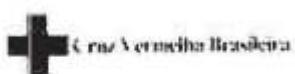
CURATIV, IMOBILIZAÇÃO DA Perna ESQ. ENCAMINHADO AO H. ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR: 05/01/19

DATA DA EMISSÃO: 29/03/19

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1133820

**Identificação do paciente**

ID 1363168	Nome SEVERINO GOMES DOS SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 29/11/1969	Idade 49 anos 1 mes 7 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe JOSEFA MARIA DOS SANTOS		Pai NAO DECLARDO
Escolaridade		Responsável (Parentesco) GISELE GERONIMO - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991150045	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1609663	Nº Crs
Local de procedência HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPE)		Tipo UNIDADESAUDE
Email	Naturalidade PILAR	UF PB

Endereço

CEP 58140000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro PROJETA
Número 111	Complemento		Barro ABEL CAVALCANTE

Admissão

Data e Hora 05/01/2019 20:46:59	Número da pulseira 100007160508	Convênio SUS
------------------------------------	---	-----------------

Especialidade
CIRURGIA GERAL

Clínica

Classificação de risco

Origem do paciente
OUTRA UNIDADE DE SAUDE

Caráter de atendimento

Motivo do atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLETADetalhe do acidente
QUEDA / OUTROS**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	CID
Dados básicos Tocame com dor de 20 min de ec l- mole, constante, sensação com frotura em ATI Er Koma							

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVATempo
48seg



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>Sérgio Coimbra dos Santos</u>				PRONTUÁRIO N°
IDADE <u>49A</u>	SEXO <u>M</u>	COR	CLÍNICA	ENF. <u></u> LEITO <u></u>
DATA DE ADMISSÃO <u>06/01/2019</u>		DATA DE ALTA <u>02/03/2019</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Fratura exposta das ossas da perna. Esquerda S. 82</u>				CID <u></u>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES <u>Lor + exan fisiológico</u>				
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Linf. + cirurgia</u>				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLÓGICO				
CONDICÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> OBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)				
<u>Nascente foi submetido a fratura de fêmur L.</u> <u>que se tornou instável de reabilitação</u> <u>foi realizada fixação estabilizadora</u> <u>ficando ativo com dores e dificuldade</u> <u>de ambulacão e dormir que gerou</u> <u>a infecção</u>				

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por 90 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 90 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 90 dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: ciprofloxacino, Rufen

RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Dr. Portela em 90 dias para revisão.

02/03/19
DATA

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação da atendência hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 195275 Atd: Nao Regul
Data: 06/01/2019
Hora: 03:26:48
Recepção: HELENA MARIA HONORAT
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: SEVERINO GOMES DOS SANTOS Num. Prontuario: 2019.01.000581

CNS: 898003945100358 Sexo: M IDENTIDADE: 1609663 Fone: 993571167

Natural: PILAR/PB Data Nasc.: 29/11/1969 Id: 49 ano(s)

End.: RUA PROJETADA - CASA, 11CPF = 853274924-00

Bairro: ABEL CAVALCANTE Cidade: SAPE UF :PB

Mae: JOSEFA MARIA DOS SANTOS Pai: NAO DECLARADO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

ação: ENCARREGADO ADMINISTRATIVO Estado Civil: SOLTEIRO(A)

MACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMARIO COMPLETO

Re. ESPOSA - GISELE JERONIMO DA SILVA

Tel.: Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA S. H. LUCENA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO-CGARUPA - 05/01 - 17.00H

Vitima de violencia por: PX. RESIDENCIA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input checked="" type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input checked="" type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> COMPREV <input type="checkbox"/> Regular
[] COMPREV PREVIDÊNCIA S/A		
[] Regular		
[] Vomito SET. 2019		
Observacao		
NEGA ALERGIA S/A		
PROFISSIONAL		
AG. JOÃO PESSOA		

Queixa Principal

ENQUADRAMENTO DO HETSHL CONFORME PACTUACAO

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

* Ponto com dor de fadiga e fadiga
Poxa. Ora - Colheita que é
- Infecções
- Robore acima

Diagnóstico

Prescrição

CRM-PB 9731/160115816
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Carlos Lago de S. Chaves

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Jr. Carlos Tiago da S. Chaves
 Ortopedia e Traumatologia
 Rua 25 de Março 9293 - REOT 15816

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

EM LOCAIS DE INSERÇÃO DE PINOS DE SCHANZ

Achados:

Conduta:

Realizado manobra de redução da fratura da tibia

Realizado novo fixador externo tipo delta sob auxílio de fluoroscopia

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Fechamento:

Curativo

OBS:

Data: _07/_02/_2018_

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-PB 8077

MÉDICO/CRM

ANAMSE + INVESTIGACOES

Aparência de compo esterel

Incisão: Ø

Achados: Fecimento infectado em região anterior medial (A) anterior-lateral e região posterior da perna (E) com moderada quantidade de secreção purulenta.

Conduta:

- Limpeza rotineira cirúrgica
- Desbridamento
- Limpeza com S109% etanolea
- Curativo esterel
- Rx de coitae

Fechamento:

OBS:

Até amanhã fer. tiverem

Data: ___/___/___



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDM na anestesia
1. Ante . anest.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① Ponto em MT ab gl
entre

② Amplia + antica + punha de aço

Incisão:

③ Abertura + limpa campo em
sfq 1% amoxicilina

Achados:

④ Rofos de hem + presença de sangue
externa. Placenta é intacta

⑤ Apresenta se broto de ferida

⑥ Curativo

Conduta:

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9292750715816

Fechamento:

OBS:

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.609.663 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	16/05/2019
NOME	SEVERINO GOMES DOS SANTOS		
FILIAÇÃO	VICENTE GOMES DOS SANTOS JOSEFA MARIA DOS SANTOS		
NATURALIDADE	PILAR-PB	DATA DE NASCIMENTO	
DOC ORIGEM	29/11/1969		
CERT. NASC. N°0000834 - LIV.00001 - FLS.233 - CARTORIO PILAR- PB CPF 853.274.924-00			
<i>[Handwritten signature]</i> Assunto: Ata de Falecimento Assunto: Cadastro Físico LEIA PÁGINA DE INFORMAÇÕES LEIA PÁGINA DE INFORMAÇÕES			

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
853.274.924-00

Nome
SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Nascimento
29/11/1969

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



